N° 80.

DE

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884

CHEZ LES FEMMES

A L'ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1884

Par M. BELLETRUD

Né à Cabris (Alpes-Maritimes),

Interne à l'Asile des Aliénés de Marseille (Concours du 22 février 1884)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS
ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,
IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES
1884.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✻ ✠........ DOYEN
COMBAL ✻ .... } ASSESSEURS
GRASSET.............. }

PROFESSEURS :

Pathologie externe..........................	MM. BOYER ✻.
Accouchements..............................	DUMAS ✻.
Clinique médicale..........................	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie....................................	BENOIT ✻ ✠.
Clinique médicale..........................	COMBAL ✻ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ✻.
Physique médicale..........................	MOITESSIER ✻.
Anatomie pathologique et Histologie............	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie..............	JAUMES
Clinique chirurgicale......................	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie...............	ENGEL.
Hygiène.....................................	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.........................	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale............	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale........	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale (Chargé de Cours)..........	SERRE.
Opérations et Appareils (Chargé de Cours)........	CHALOT.

MARTINS (O ✻), COURTY (✻), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants..............	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards............	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.
DE GIRARD.
SERRE.
ROUSTAN.
CARRIEU.
MAIRET.

MM. CHALOT.
BIMAR.
MOSSÉ.
REGIMBEAU ✻.
TÉDENAT.

MM. DUMAS fils.
BLAISE.
BAUMEL.
VILLE.
GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CASTAN, *président* ;
CAVALIER, professeur ;
SERRE, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage affectueux et reconnaissant.

A MA SŒUR

BELLETRUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CASTAN

A Monsieur GRYNFELTT

Professeur Agrégé.

A MONSIEUR BAUMEL

Professeur Agrégé.

BELLETRUD.

A MONSIEUR CHARLES CARTOUX

Directeur de l'Asile Saint-Pierre.

A Monsieur le Docteur BOUBILA

Médecin en Chef à l'Asile Saint-Pierre.

BELLETRUD.

A mon Ami le Docteur Émile BOYER

A mon Ami le Docteur E. ROVERY

A MES AMIS

BELLETRUD.

INTRODUCTION.

Dans notre Thèse inaugurale, nous nous sommes proposé de décrire l'épidémie cholérique de 1884 qui a éclaté à l'asile Saint-Pierre de Marseille, dans le service des femmes, où nous sommes interne depuis un an environ.

Sans avoir la prétention d'ouvrir des horizons nouveaux à la science, ce que ni le temps ni nos forces ne nous auraient permis, nous nous sommes contenté d'exposer, aussi clairement et aussi brièvement que possible, les observations que nous avons pu recueillir à l'asile Saint-Pierre.

On verra plus loin à quelles conclusions elles nous ont amené.

L'Historique de la question nous apprend que le choléra a fait de nombreuses victimes parmi les aliénés.

Quant à ce qui concerne l'importation de l'épidémie d'homme à homme, malgré toutes nos investigations et tous les renseignements que nous avons pu recueillir, il nous a été impossible d'arriver à un résultat satisfaisant. Laissant donc cette question de côté, nous nous sommes efforcé d'expliquer comment, par sa situation topographique, la constitution médicale du moment, l'agglomération des aliénés et la misère physiologique de la plupart d'entre eux, l'épidémie a pu se déclarer.

Les victimes ont été nombreuses : les observations ne nous ont pas manqué. Nous les avons décrites dans la Symptomatologie, en montrant les diverses formes que la maladie a revêtues.

Toutefois, nous avons à exprimer ici un regret : l'Administration s'est opposée à ce que nous fassions l'autopsie de tous les cada-

vres, et, malgré toute notre bonne volonté, nous n'avons pu en faire que trois,

Dans un tableau de statistique, nous montrons que, toute proportion gardée, les démentes ont été les plus frappées par l'épidémie cholérique.

Quant au Traitement employé, comme il a été le même pour toutes les cholériques, dans les périodes prémonitoire et algide, nous avons jugé à propos d'en parler dans un chapitre spécial. Dans la période de réaction, comme nous le verrons, le traitement différera selon les complications.

Les Observations ont été prises dans le service de M. Boubila, médecin en chef à l'asile Saint-Pierre.

Si ce travail est de quelque utilité, le mérite en revient à ceux de nos Maîtres qui nous ont aidé de leurs conseils ; dans le cas contraire, nous sommes convaincu que nos Juges, tenant compte de nos efforts, voudront bien nous accorder leur bienveillance.



DE

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884

CHEZ LES FEMMES

A L'ASILE DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE

APERÇU HISTORIQUE.

Les données statistiques que nous avons à fournir sur les victimes que le choléra a pu faire dans ses apparitions successives à l'Asile, ne peuvent pas être complètes. En effet, les archives médicales de Saint-Pierre ne sont pas riches. Les nombreux matériaux qu'Aubanel et ses collaborateurs (observations médicales, registres d'autopsie) avaient recueillis de 1841 à 1860, ont disparu. Il nous a donc été impossible de fournir des chiffres au sujet des épidémies qui éclatèrent en 1835 et en 1849.

Le Rapport fait par Dubrueil et Rech, commissaires de la Faculté de Médecine de Montpellier, sur le choléra-morbus asiatique qui a régné dans le midi de la France, nous fournit quelques conjectures. « Nous nous rendîmes à l'hôpital Saint-Lazare, où sont enfouis environ cent quarante aliénés. L'épidémie en avait décimé la population[1]. » C'est-à-dire, par con-

[1] Rapport sur le choléra-morbus, par Dubrueil et Rech, pag. 40.

séquent, que les aliénés, en 1835, furent grandement éprouvés par le choléra.

Pour l'épidémie de 1865 et 1866, les renseignements que nous avons trouvés présentent un caractère d'une plus grande précision. Nous avons des chiffres. Les registres de l'asile Saint-Pierre donnent jour par jour le nombre des victimes de l'épidémie.

En 1865, du 7 août au 26 octobre, il y a eu 34 décès ; en 1866, du 13 mars au 28 octobre, 14 décès. Or, si l'on se rappelle qu'il y avait à cette époque sept cents malades environ, on jugera, en tenant compte de la bénignité relative de l'épidémie, que le chiffre de la mortalité à l'Asile est assez fort.

Il y a eu en 1865 une moyenne de 4,8 atteints sur 100 ; en 1866, l'épidémie est allée décroissant à l'Asile, et de 4,8 pour 100 le nombre est descendu à 2 pour 100.

L'épidémie de 1884 a été plus meurtrière ; nous avons pu constater jour par jour que le choléra, chez les femmes, a fait d'assez grands ravages : il y a eu, du 6 juillet au 16 octobre, 52 cas. Un tableau de statistique que nous avons dressé, et que l'on peut voir au chapitre Statistique, montre que la moyenne des décès s'élève à 6,3 pour 100.

Il résulte de ce qui précède que, chaque fois que le choléra a éclaté à Marseille, l'Asile n'a pas été épargné. Bien plus, l'épidémie de 1884 est celle qui a occasionné la plus grande mortalité dans l'Asile. Cependant le grand pensionnat n'a pas été du tout atteint : il ne s'y est produit qu'un seul cas de cholérine.

SITUATION TOPOGRAPHIQUE ET HYGIÉNIQUE DE L'ASILE. — PROPHYLAXIE.

Il nous a semblé que les mesures prophylactiques qu'on a employées pour combattre le choléra à l'asile Saint-Pierre exigeaient un chapitre spécial. Avant de les faire connaître, demandons-nous d'abord comment le choléra a pu éclater à l'Asile.

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte, au point de vue de la propagation du fléau. Connaître la situation topographique de l'Asile, les conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve; tenir compte de la température : c'est là, pour nous, un point du plus haut intérêt et qu'il nous faut mettre en lumière.

L'asile Saint-Pierre est une magnifique propriété de 33 hectares de terrain, bâtie dans d'assez bonnes conditions hygiéniques. Il est vaste, spacieux et bien aéré, mais sa situation topographique laisse beaucoup à désirer. Il est placé en effet, d'une part, entre la route qui conduit de la ville au cimetière, et, d'autre part, entre le Jarret, petit ruisseau aux eaux bourbeuses et sales, où l'on trouve fréquemment des animaux en putréfaction. De plus, ce ruisseau traverse, avant d'arriver à l'Asile, des localités et des centres populeux, comme Saint-Just, les Chartreux, etc., où le fléau a fait de nombreuses victimes. Il sert aussi, pour ces localités, de déversoir aux eaux stagnantes et aux déjections. Le cimetière, situé à côté de l'Asile, n'en est éloigné que de trois cents mètres environ, à vol d'oiseau. Quant à l'Asile, il est au sud-est de Marseille, de telle façon que le mistral traverse la ville avant d'arriver à Saint-Pierre.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'épidémie ait pu gagner l'Asile. Le germe cholérique aura pu être transporté par l'eau du Jarret, qui se bifurque pour entrer dans l'Asile, où il est employé comme force motrice ; ou bien par le mistral, qui

a soufflé précisément à cette époque et qui, comme nous l'avons dit, traverse Marseille avant d'arriver à Saint-Pierre. C'est là l'opinion qui nous paraît présenter la plus grande probabilité. Beaucoup de visiteurs, il est vrai, sont reçus à l'Asile le jeudi et le dimanche, et, comme le choléra avait éclaté dans la ville avant d'envahir l'Asile, il ne serait pas impossible que l'importation des germes cholériques fût due précisément à ces visiteurs. Ce doute nous a longtemps préoccupé. Aussi nous avons pris de droite et de gauche tous les renseignements que nous avons pu, et nous sommes arrivé à ce résultat que, pas un des visiteurs n'était atteint de diarrhée. Il est donc plus vraisemblable d'admettre qu'il faut attribuer l'explosion de l'épidémie à la situation topographique de l'Asile, situation déplorable à cause du ruisseau — le Jarret — qui le traverse, de la proximité du cimetière et de la route qui y conduit, encombrée à cette époque, toutes les nuits, par les corbillards.

Nous croyons utile de dire aussi que les influences climatologiques n'ont pas été indifférentes à la marche de l'épidémie. De même que le vent peut charrier le germe cholérique, de même aussi, quand un noyau d'infection existe quelque part, il peut momentanément produire une amélioration sanitaire.

L'épidémie sévissait depuis quelque temps à l'Asile et avait eu, jusqu'au 20 juillet, une marche irrégulière, lorsque à cette époque le mistral souffla. Nous constatâmes que pendant sa durée, qui fut de quatre jours, nous n'eûmes à enregistrer ni cas ni décès cholériques. A ce propos, nous avons étudié les statistiques de la ville, qui nous ont montré une diminution des décès cholériques. Le 24, le mistral disparut, et les ravages que fit l'épidémie, soit à la ville, soit à l'Asile, furent plus grands.

La température, elle aussi, n'a pas été étrangère à la propagation du choléra. On ne peut pas dire d'une façon précise que, le jour où elle a été le plus élevée, le nombre des cas et des décès a été — ce jour-là le plus grand. Il y a en effet beaucoup

de causes qui concourent à enrayer ou à accélérer les progrès de l'épidémie, et avec lesquelles il faut compter. Mais il nous semble que le brouillard et la chaleur lourde et humide à la fois qui ont régné pendant les mois de juillet et d'août, ont été favorables à l'expansion du fléau.

De toutes ces considérations, il nous semble que nous pouvons conclure que, dès le jour où l'épidémie éclata à Marseille, l'Asile était presque fatalement désigné à ses attaques. Cette induction que nous faisons, reposera encore sur une plus grande probabilité, quand on connaîtra la disposition intérieure des divisions des malades. Ces divisions sont parallèles les unes aux autres et distantes de 10 mètres environ. Elles contiennent chacune plusieurs dortoirs séparés seulement par une cloison. Dans ces dortoirs, où couchent 40 malades, entre chaque lit il n'y a qu'un intervalle de un mètre. Cette agglomération des malades n'est évidemment pas propre à résister au fléau.

D'ailleurs, on sera peut-être de notre avis en apprenant que le Pensionnat, qui est éloigné de 200 à 250 mètres environ des divisions, n'a pas été atteint par le choléra. Il se trouve dans de meilleures conditions hygiéniques. Là, pas de dortoirs et, par suite, pas d'agglomération. Chaque malade occupe une chambre spacieuse et bien aérée. De plus, il est plus éloigné du cimetière que les divisions, ainsi que de la route où passaient toutes les nuits un grand nombre de corbillards. Enfin le Jarret, cité par nous comme cause d'infection, en est aussi à une grande distance. Donc, de même que nous attribuons en grande partie l'explosion de l'épidémie, dans les divisions des malades, aux mauvaises conditions hygiéniques et à l'agglomération, de même l'immunité dont a joui le Pensionnat, nous l'attribuons aux conditions favorables dans lesquelles il se trouve et aussi aux soins matériels dont les pensionnaires sont l'objet.

On s'est entouré, pendant la durée de l'épidémie, de toutes les

précautions qu'exigent la prudence et l'hygiène. La propreté la plus absolue était observée pour combattre le plus terrible fléau.

On s'est servi des désinfectants les plus énergiques, et conseillés du reste par les hommes compétents, pour purifier les vases où étaient reçues les déjections des cholériques et les linges que ces déjections avaient souillés. Le sulfate de cuivre a été employé comme désinfectant.

En outre, le linge qui avait servi aux cholériques était soumis à une macération de vingt-quatre à trente-six heures dans une solution de sulfate de cuivre, et n'était ensuite destiné à un nouvel usage qu'après avoir été lessivé.

Pour les cabinets et les latrines, on les désinfectait tous les jours, soit avec du sulfate de fer, soit avec de l'hyperchlorite de chaux, et on procédait même plusieurs fois par jour à de grands lavages. Les salles et les corridors étaient aussi lavés très souvent; mais, ces mesures n'étant pas jugées assez énergiques, on faisait aussi de grandes aspersions d'acide phénique.

La question la plus délicate qui se posait dans l'emploi des mesures prophylactiques, dans une maison comme l'asile Saint-Pierre, où se trouvent réunis plus de 1,000 malades, est assurément celle des matières fécales. C'est par elles que l'épidémie pouvait le plus facilement se propager et étendre ses ravages. Aussi avait-on donné les ordres les plus sévères, de l'exécution desquels pouvait dépendre la vie de plusieurs aliénés. Ces matières fécales étaient jetées dans les baquets ordinaires des salles, préalablement remplis d'une solution de sulfate de cuivre. Tous les matins, on les transportait au fumier près de la Porcherie, distante de 300 mèt. environ des divisions des malades, et on soumettait les baquets à une nouvelle désinfection avant de les faire servir encore aux mêmes usages. Ces précautions, qui avaient été sagement adoptées par M. Cartoux, directeur de l'Asile, ont été fidèlement observées pendant toute la durée de l'épidémie.

Quant à l'eau destinée à la consommation, elle a été, comme

d'ordinaire, puisée à deux sources : celle d'un puits qui, après analyse, a été jugée suspecte par M. le Dr Nicati, et celle du canal de la Durance.

Disons, en terminant ce chapitre, qu'une des plus grandes préoccupations du Directeur et des médecins en chef, en prévision de l'explosion de la maladie à l'Asile, a été l'isolement des malades. Dans l'impossibilité où l'on a été de trouver un local propice et assez éloigné des divisions, on a été obligé de prendre, du côté des femmes, une salle attenante à l'Infirmerie, qui présentait les meilleures conditions d'isolement.

SYMPTOMATOLOGIE.

On a fait beaucoup de travaux sur la symptomatologie du choléra; mais les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur les diverses périodes que traverse le cholérique pendant la durée de la maladie.

Gendrin admet cinq périodes : 1° Période d'invasion ; 2° Période d'état, dite cyanique ; 3° Période d'extinction, dite asphyxique ; 4° Période de réaction ; 5° Période de terminaison, des crises, des métastases [1].

M. Bouillaud en admet deux ; la période algide, la période de réaction [2].

D'après MM. Briquet et Mignot, il y a: 1° une période de diarrhée ; 2° une période phlegmorrhagique ; 3° une période algide ; 4° une période de terminaison : réaction [3].

M. le professeur Castan, dans une conférence faite à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 4 juillet 1884, a dit : « Un des

[1] Gendrin ; Monographie du choléra.

[2] Bouillaud ; Traité pratique, théorique et statistique du choléra, 1832, pag. 126.

[3] Briquet et Mignot ; Traité prat. et analytiq. du choléra-morbus 1850, pag. 126.

caractères les plus importants du choléra, c'est sa division en deux périodes bien distinctes : algide et réactive. Une période dite prodromique les précède. »

Nous adopterons, dans ce travail, la division de M. le professeur Castan, parce qu'elle nous paraît la plus scientifique.

PÉRIODE PRODROMIQUE.

La période prodromique, caractérisée par la diarrhée, a été chez nos aliénées plus ou moins longue.

Cette diarrhée a été généralement précédée de coliques. En effet, toutes les fois que nous avons pu espérer quelque lucidité dans leurs réponses, les malades, interrogées, nous ont toujours avoué qu'elles avaient eu des coliques avant les évacuations. Il n'y a que la femme de l'Obs. II qui nous a dit qu'elle n'avait pas eu de coliques.

Lorsque la diarrhée apparaissait, elle était, au début, fécaloïde. Pourtant, chez une femme atteinte de diarrhée chronique depuis longtemps, nous avons constaté que, quatre jours avant la période algide, cette diarrhée était devenue limpide. Cela confirme l'opinion de Marotte, qui a dit que la diarrhée de quinze à vingt jours ne devait pas être une diarrhée prémonitoire et que cette dernière s'annonçait par la limpidité des matières [1].

A la forme fécaloïde succédait la forme séreuse. Pendant cette période, survenaient des borborygmes continuels qu'on pouvait provoquer aussi par la pression du ventre. Le gargouillement se faisait entendre dans toutes les parties de l'abdomen. Chez plusieurs de nos malades, l'appétit et les forces s'étaient conservés, et il n'y avait presque pas de réaction fébrile. Chez d'autres, la lassitude était complète et ne pouvait avoir pour cause qu'une diarrhée très abondante.

Toutes nos malades ne sont pas passées par cette période ;

[1] Dechambre ; Dict. Encyc. des Scienc. méd. Art., Choléra, par Laveran.

plusieurs en ont été exceptées. On peut s'en rendre compte par la lecture de nos Observations. En effet, sur les trente-deux cholériques que nous avons observées, il y en a quinze qui n'ont pas eu à traverser la période prodromique. Et il faut remarquer que sur ce nombre les démentes sont au nombre de neuf, et par conséquent les plus nombreuses, tandis que les maniaques à l'état aigu ont toutes été atteintes de diarrhée prémonitoire. Parmi les dix-sept qui ont eu la diarrhée prodromique, il n'y a eu que six démentes. On voit donc que le chiffre des démentes qui ont eu la période algide d'emblée est supérieur au chiffre de celles qui ont eu la période prodromique.

Relativement aux décès, sur les quinze femmes qui ont eu la période algide d'emblée, dix ont succombé, tandis que sur les dix-sept qui ont eu la diarrhée prémonitoire, il y en a eu seulement huit. D'après cette comparaison, on voit que les femmes qui ont eu la période algide d'emblée ont fourni le plus de décès.

Quant à la durée de la diarrhée prémonitoire, elle a varié, chez nos aliénées, de un à sept jours.

PÉRIODE ALGIDE.

Si le médecin hésite parfois à se prononcer sur un malade atteint de diarrhée prémonitoire, il n'en est pas de même quand la période algide s'est produite. En effet, c'est dans cette période que le choléra se présente avec ses caractères les plus nets et les plus déterminés.

La diarrhée, qui dans la période précédente avait une odeur fécaloïde, devient alors aqueuse et sans odeur. Elle contient des flocons blanchâtres, que quelques auteurs comparent à ce qu'on voit dans une décoction de riz (selles riziformes). Plusieurs auteurs font mention d'une forme de choléra dans laquelle les évacuations alvines font défaut et que, pour ce motif, ils appellent *choléra sec*. Nous ne l'avons pas constatée chez nos aliénées.

En même temps que les selles riziformes, survenaient les crampes, tantôt localisées, tantôt généralisées. Dans les deux cas, elles débutaient dans les membres inférieurs et toujours au niveau des mollets. Au moment où elle avait lieu, on sentait le mollet se ramasser peu à peu sur lui-même, se former pour ainsi dire en boule et offrir à la main la rigidité du bois. Quand les crampes se généralisaient, elles envahissaient les membres supérieurs et les femmes se plaignaient de douleurs épigastriques intolérables. Bien qu'en général elles fussent très douloureuses chez nos aliénées, chez deux de nos paralysées générales elles ont été insensibles. Le contact seul nous prévenait alors de leur présence. En portant la main au mollet, on le sentait se tendre, s'arrondir et se durcir. Une particularité digne d'être mentionnée, c'est que les crampes ne se sont produites parfois que du côté droit seulement. C'est chez les femmes dont il est question dans les Obs. v et xii.

Il en est d'autres chez qui les crampes ont débuté au mollet droit, pour envahir ensuite le gauche. Ce sont celles dont nous parlons dans les Obs. vii, ix, x, xi, xvii, xix, xxiii, xxiv et xxxii.

Une seule a eu des crampes au mollet gauche d'abord ; elles étaient très douloureuses. C'est celle dont il est question dans l'Obs. xxi.

La femme de l'Obs. iii n'a pas eu de crampes.

Nous avons étudié les crampes de nos malades au moyen du stéthoscope. En l'appliquant sur le mollet, lorsque la crampe se produisait, nous avons entendu comme des crépitants excessivement fins qui augmentaient d'intensité à mesure que la crampe devenait plus forte. De même, ces crépitants s'affaiblissaient davantage avec la disparition de la crampe.

C'est dire que les bruits perçus par notre oreille étaient en raison directe de la violence des crampes.

Les vomissements, d'abord alimentaires, devenaient aqueux et

contenaient, eux aussi, comme la diarrhée, des matières blanchâtres. Ils s'échappaient par jets et étaient accompagnés, chez le malade, d'anxiété précordiale. Très abondants, en général, les vomissements étaient parfois suivis de nausées.

L'algidité commençait ordinairement par le nez et les membres inférieurs; elle envahissait ensuite et successivement les membres supérieurs et la poitrine. Une sueur froide, visqueuse, se déclarait et procurait à la main la sensation que l'on éprouve lorsque l'on touche le ventre d'un batracien. Survenait enfin la cyanose, qui s'étendait sur tout le corps. Les malades se plaignaient d'une chaleur intérieure atroce ; ils se découvraient alors, pensant ainsi apporter un remède à leurs tortures. Ils demandaient continuellement à boire, excités qu'ils étaient par une soif ardente. La langue, blanche et humide, s'étalait large ; elle était froide, ainsi que l'haleine. A ce moment, la cholérique prend un aspect singulier et caractéristique. Ses orbites s'excavent, son nez s'effile, ses joues se creusent, les pommettes deviennent saillantes, la voix s'éteint insensiblement ; les yeux, cerclés de noir et à demi fermés, ne laissent voir que la sclérotique. En un mot, la malade présente le faciès hippocratique. Pour le reste du corps, les ongles des pieds et des mains noircissent, les doigts s'effilent, se plissent et présentent des rides longitudinales. La peau a perdu toute son élasticité et, pincée, ne revient plus sur elle-même. Enfin, le mal empirant toujours, la cyanose et l'algidité envahissent le corps.

Pourtant, chez deux de nos femmes, l'algidité n'a pas gagné la poitrine. Nous en parlerons dans les Obs. IX et XXVII.

Le pouls radial, d'abord fréquent et petit, finit par disparaître. Venait ensuite, dans les cas graves, la disparition de l'humérale et de la fémorale.

Chez plusieurs de nos malades, il y avait une gêne de la respiration provoquée sans doute par la difficulté de la circulation.

En auscultant les bruits du cœur, on les percevait lointains et obscurs.

Vers la fin de cette période, le malade semble s'amaigrir de plus en plus. Marey attribue cet amaigrissement si rapide à la déplétion des capillaires périphériques, qui à l'état normal constituent par leur réplétion la turgescence des tissus.

Dans cet état, plusieurs sont tombées dans la somnolence : leur parlait-on, elles tournaient les yeux vers leur interlocuteur, indifférentes, comme si elles ne comprenaient pas.

Quelques-unes ont eu des moments d'agitation pendant lesquels elles prononçaient des paroles sans suite. Une d'entre elles dont nous parlons dans l'Obs. XVIII, ayant eu quelques instants de lucidité, a reconnu les gens du service et leur a parlé raisonnablement et sans incohérence.

Un grand nombre de femmes ont eu des mouvements convulsifs. Ces mouvements ont été, les uns limités à droite, chez la femme Marie Benoit ; les autres, limités à gauche, chez la femme Lucie D.... Chez d'autres, les convulsions ont été généralisées : ce sont les femmes Mélanie L..., Marie B..., Victorine Astier et Marguerite V... Ces convulsions annonçaient un dénouement fatal et prochain.

Parmi les convulsions localisées, nous pouvons citer celles de la tête. La femme de l'Obs. XXV nous en a offert un exemple.

Enfin, il y avait anurie chez nos malades. En général, leur langue était rouge ; chez quelques-unes, l'état saburral n'était pas franchement caractérisé.

En finissant, nous attirerons l'attention sur les faits suivants. Trente-deux malades ont été soumises à notre observation. Douze sont mortes pendant la période algide : or, parmi ces douze décès, nous relevons sept démentes ; par conséquent, le nombre des démentes décédées pendant la période algide a été supérieur aux autres.

Lorsque la période algide s'est produite d'emblée, la moyenne de sa durée a été de un jour deux dixièmes ; tandis que lorsque les malades ont passé par la période prodromique, la durée de la période algide a été de un jour six dixièmes. Par conséquent, dans ce dernier cas, la période algide a été plus longue de quatre dixièmes de jour.

PÉRIODE DE RÉACTION.

Quand la malade a traversé impunément la période algide, des symptômes d'amélioration se présentent chez elle : le réchauffement se produit et la température s'élève un peu au-dessus de la normale. En outre, la sécrétion urinaire se rétablit, la cholérique perd son aspect cadavérique, avec la disparition lente de la cyanose, et le pouls se relève peu à peu. Tels sont les phénomènes qui se passent lorsque la réaction est régulière; mais il n'en est pas toujours ainsi. Parmi nos malades qui ont triomphé de la période algide, il y en a trois qui ont eu une réaction normale : ce sont les femmes dont nous parlons dans les Obs. I, III et XIX. Chez elles, quelques sueurs apparaissent, et toutes les fonctions, qui ont été suspendues pendant l'attaque du choléra, se rétablissent. Enfin, au bout de quelques jours, nos trois malades entrent en convalescence et la terminent heureusement.

Mais la réaction ne suit pas toujours une marche aussi régulière. Surviennent des complications et des accidents. Parfois les malades retombent en algidité : témoin les femmes des Obs. II, VII et XXIII. Cette chute leur a été fatale. Dans le cas contraire, il s'établit des fluxions vers les principaux organes.

Constatons, en passant, que nous avons vu à l'hôpital du Pharo des malades qui ont eu pendant la période de réaction des éruptions scarlatiniformes. Ces éruptions, nous ne les avons pas constatées à l'Asile.

Plusieurs de nos malades ont eu des phénomènes congestifs

vers l'encéphale. Ce sont les femmes dont nous parlons dans les Obs. XIV, XXVIII, XXIX et XXX.

D'autres ont eu des phénomènes d'excitation du côté des viscères abdominaux. Citons les femmes des Obs. XVI et XVII. La dernière a eu, en outre, une congestion pulmonaire.

Il en est qui ont présenté des phénomènes typhiques. Ce sont les femmes dont il est question dans les Obs. VI et X. Cette dernière, s'étant levée malgré les ordres du médecin, est retombée le lendemain dans l'état typhoïde.

Enfin, les dernières ont eu des congestions pulmonaires. Témoin les femmes des Obs. IX, XXVI et XXXI.

Parmi les femmes qui, parvenues à la période de réaction, ont eu des complications, il y en a qui se sont complètement rétablies et d'autres qui sont mortes.

L'état typhoïde a été le plus meurtrier ; les deux femmes atteintes ont succombé.

Des deux femmes qui ont eu des phénomènes d'excitation du côté des viscères abdominaux, il y en une qui est morte, mais elle était aussi atteinte d'une congestion pulmonaire.

Parmi les quatre qui ont eu des phénomènes congestifs vers l'encéphale, trois seulement se sont rétablies.

Enfin, quant aux trois femmes atteintes de congestion pulmonaire, aucune n'a succombé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les trois malades qui ont été autopsiées sont mortes pendant la période algide. Les deux premières sont démentes et la troisième idiote. Le choléra, chez elles, avait revêtu la forme nerveuse de Besnier : algidité intense, crampes violentes et coma. « Cette forme[1] répond au choléra spasmodique de Magendie, à la forme nerveuse de Chomel (1832), à la forme cyanique, avec prédominance des symptômes spasmodiques, de Michel Lévy (1849). »

Voici le résultat de nos trois autopsies.

La rigidité cadavérique s'est manifestée très rapidement. La surface du corps avait une coloration bleuâtre ; cependant cette coloration de la femme C. A..., dont il est question dans l'Obs. xxiii, était remplacée par des plaques violacées très nombreuses répandues sur tout le corps et principalement sur le dos. L'ouverture de la boîte crânienne ne nous a présenté rien de particulier. La dure-mère était injectée ; des gouttelettes de sang perlaient à sa surface.

L'ouverture des sinus a donné issue à une grande quantité de sang veineux.

La pie-mère, elle aussi, était injectée, mais par plaques surtout ; des suffusions sanguines apparaissaient au niveau des pariétales ascendantes. Ces suffusions sanguines, chez chaque autopsiée, étaient plus ou moins nombreuses.

Dans la première autopsie, nous n'avons remarqué qu'une seule suffusion occupant la partie supérieure de la pariétale ascendante de l'hémisphère gauche et empiétant un peu sur le lobe paracentral. En largeur, la suffusion occupait toute la partie

[1] Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique (épidémies de 1865 et 1866). Thèse de Jules Besnier, pag. 18.

supérieure de la pariétale ascendante, et en hauteur elle descendait jusqu'à l'unisson du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de cette même pariétale.

Dans la seconde autopsie, les suffusions sanguines étaient plus nombreuses que dans la première, mais elles étaient, elles aussi, au niveau des pariétales ascendantes. En effet, lorsque nous avons considéré la face externe de l'hémisphère droit, nous avons observé deux suffusions sanguines : l'une couvrait toute la superficie de la pariétale ascendante, et l'autre la partie moyenne de la frontale ascendante. Nous avons encore observé deux suffusions sanguines sur la face externe de l'hémisphère gauche. L'une se trouvait à la partie supérieure de la pariétale ascendante, l'autre à la partie inférieure de cette même pariétale.

Ces suffusions étaient beaucoup plus intenses.

Dans la troisième autopsie, les suffusions sanguines étaient plus nombreuses encore. Sur la face externe de l'hémisphère droit, nous les avons constatées : 1° dans les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante ; 2° dans les tiers inférieurs de la frontale ascendante ; et enfin sur toute la surface du lobe occipital.

Pour ce qui est de la face externe de l'hémisphère gauche, une suffusion sanguine couvrait toute la pariétale ascendante ; elle semblait beaucoup plus intense que les suffusions sanguines qui se trouvaient à droite. Dans les régions de la pie-mère, où apparaissaient les suffusions sanguines, elle semblait adhérente à la substance grise. Mais il n'en était rien, car on pouvait l'enlever sans qu'elle l'emportât avec elle.

Après avoir dépouillé entièrement la substance grise de la pie-mère, on trouvait sur sa surface un piqueté hémorrhagique beaucoup plus accentué aux endroits où les suffusions sanguines s'étaient produites. En pratiquant les coupes de Pitres, ce piqueté hémorrhagique apparaissait aussi à l'intérieur.

Rien de particulier pour le cervelet.

Le bulbe était un peu congestionné. La base des poumons l'était aussi, mais avec plus d'intensité.

Le cœur, de couleur jaune feuille morte, contenait quelques caillots sanguins.

L'estomac était rempli d'une sérosité incolore. A sa surface extérieure, l'intestin était injecté; à sa surface intérieure, il présentait une coloration rouge très intense. Ces lésions étaient surtout prononcées à la partie inférieure de l'intestin grêle. A son intérieur, on trouvait une matière blanchâtre, regardée par les auteurs comme des débris épithéliaux. En observant un morceau de ce même intestin, placé sous l'eau s'échappant d'un robinet, on apercevait quelques érosions de la muqueuse. La rate était atrophiée, le foie un peu congestionné. La vessie, rétractée sur elle-même, était tapissée à sa surface intérieure d'un mucus jaunâtre.

Tel est le résultat général de nos autopsies.

Parmi les lésions que nous venons de décrire, il en est qui ne présentent rien de particulier; aussi n'est-ce pas sur elles que nous voulons porter notre attention. Notre but est d'insister sur un point qui nous a vivement frappé : nous voulons parler des suffusions sanguines. Plusieurs auteurs en font mention dans leurs travaux. Dubrueil et Rech [1], par exemple, dans leur Rapport sur le choléra, disent : « La pie-mère, épaissie, était devenue » quelquefois le siège d'une infiltration séro-sanguine ».

Besnier [2], lui aussi, dans une Thèse sur le choléra de 1865 et 1866, les mentionne. « Dans 5 cas appartenant à la forme nerveuse, avec terminaison par accidents asphyxiques à marche rapide, nous avons noté des suffusions sanguines étendues, siégeant dans les mailles de la pie-mère cérébrale ». Il nous rapporte dans le même travail que M. Mouchet (communication

[1] Dubrueil et Rech; *Op. cit.*, pag. 146.

[2] *Op. cit.*, pag. 52.

orale) a fréquemment observé des suffusions sanguines. Le fait est donc indéniable. Mais il y a une particularité qu'ils passent sous silence, et que nous avons observée sur nos trois autopsies. Cette particularité consiste dans ce fait que, chez nos trois femmes, les suffusions sanguines sont localisées au niveau des pariétales ascendantes. Cependant, chez la femme Dec... Marie, dont il est question dans l'Obs. XXIII, et chez la femme Da... Lucie, dont il est question dans l'Obs. XXXII, il existe une suffusion au niveau de la frontale ascendante. Est-ce à dire que ces suffusions sanguines dans certaines formes du choléra se localisent toujours dans ces régions ? Nous ne nous croyons pas le droit de le conclure, à cause du nombre restreint de nos observations. Il pourrait se faire d'ailleurs que cette localisation des suffusions sanguines fût due à une coïncidence singulière. Quoi qu'il en soit, nous mentionnons le fait.

Cependant nous croyons qu'il existe un rapport entre les suffusions sanguines et les crampes. La femme Marie B..., comme nous l'avons dit plus haut, a présenté une suffusion sanguine à gauche et des crampes à droite. Les deux autres ont, il est vrai, présenté des suffusions des deux côtés, mais elles étaient beaucoup plus intenses à gauche, et les crampes du côté droit ont été plus douloureuses. Ce rapport, constaté chez trois femmes, nous amène à conclure que les suffusions sanguines sont la cause des crampes.

Telle est du moins notre opinion. Elle nous semble être corroborée par ce fait physiologique : le centre psycho-moteur des mouvements des membres inférieurs est localisé à la partie supérieure de la pariétale ascendante et du lobule paracentral. Mais, nous dira-t-on, la maladie mentale est cause parfois de ces suffusions sanguines ? Dans le cas actuel, nous ne le pensons pas, car nous avons affaire à deux démentes et à une idiote.

Ces suffusions ont dû par conséquent être produites par le choléra, qui apporte de la gêne dans la circulation.

Les convulsions qu'ont présentées les trois femmes doivent aussi être mises sur le compte des suffusions sanguines.

En terminant ce chapitre, relatons un fait dont nous avons été témoin ; certains auteurs, du reste, en font mention. Nous voulons parler de mouvements assez variés qui se sont produits, quelques instants après la mort, chez deux de nos femmes.

La femme dont il est question dans l'Obs. XXI a été la première observée. Les mouvements ont apparu chez elle demi-heure après la mort, en commençant par la main droite. Cette main, d'abord fermée, s'est ouverte peu à peu par l'allongement successif des cinq doigts, en commençant par le pouce. Après l'extension du pouce, les autres l'ont imité, en décrivant chacun de petits mouvements de flexion et d'extension. Leur mobilité n'a cessé que lorsque leur extension a été complète. Une fois la main ouverte, tous les doigts ont eu des mouvements semblables à ceux qu'exécute un joueur de piano. Le même phénomène s'est produit dans la main gauche. A ces mouvements, qui ont duré environ un quart d'heure, a succédé la rigidité cadavérique. Rien d'analogue dans les orteils.

Quant à la seconde femme, dont il est question dans l'Obs. XXVI, les mouvements n'ont pas été aussi compliqués. Il nous suffira de dire, pour en donner une idée, que les doigts de ses deux mains se sont mus successivement par flexion et extension, pour retomber ensuite dans la rigidité cadavérique.

Voici l'explication que Claude Bernard et Matucci donnent de ce curieux phénomène. D'après eux, « la fibre musculaire ne meurt pas avec l'individu ; la rigidité cadavérique elle-même est une propriété vitale des muscles, une véritable contraction. Cette propriété est entretenue par le sang, tant qu'il conserve une température qui se rapproche de la chaleur normale du corps. La température élevée, en se conservant pendant longtemps,

dans le choléra, entretient la contractilité musculaire et donne lieu aux mouvements dont nous venons de parler[1]. »

Chez la femme de l'Obs. xxi, la température prise sous l'aisselle pendant les mouvements était de 41°,2.

STATISTIQUE.

On trouvera ci-après des tableaux de statistique qui sont comme le résumé de toutes nos Observations sur les démentes frappées par le choléra. Les conclusions s'en dégagent nettement. Il ressort en effet des deux premiers tableaux que les démentes ont été les plus exposées aux atteintes de l'épidémie, et que, par suite, c'est chez elles qu'il a fait le plus de victimes. Bien que leur nombre soit de beaucoup inférieur à celui des maniaques et des lypémaniaques, elles ont été cependant trois et quatre fois plus atteintes.

Il ne faudrait pas supposer que les démentes à l'Asile sont toutes réunies ensemble et que c'est parmi elles que l'épidémie a concentré son action, à raison même de leur agglomération. Ces malades sont disséminées un peu partout: il y en a dans toutes les divisions. Par suite, la cause de l'intensité spéciale du choléra sur elles doit être cherchée ailleurs. A notre avis, cette cause ne peut s'expliquer que par leur déchéance morale et physique. On sait en effet qu'au bout d'un certain temps les démentes sont atteintes de troubles trophiques, tombent dans une malpropreté constante, et qu'une affection intercurrente, telle que le choléra, peut plus facilement mettre un terme à leur existence. En outre, à cause de l'affaiblissement général du système nerveux

[1] Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique de Jacou, Art. Choléra, par Desnos, tom. VII.

et, par suite, à cause de la faiblesse de la réaction qu'elles présentent aux maladies, le choléra a plus de prise sur elles.

Dans le second tableau, les malades frappées du choléra sont envisagées au double point de vue de la division à laquelle elles appartiennent et de l'affection mentale dont elles sont atteintes.

Dans le troisième tableau, nous donnons le nombre des malades par division et en regard le nombre des cholériques. Il prouve d'une façon générale que les divisions les plus nombreuses sont celles qui ont eu le plus de cas. Cependant l'Infirmerie, qui contenait environ 68 malades, c'est-à-dire beaucoup moins que trois des divisions de l'Asile, a eu un nombre plus grand de cholériques. Cette particularité ne doit pas étonner si l'on songe que les aliénées de l'infirmerie souffrent de maladies intercurrentes qui, en attaquant l'organisme, les prédisposent au germe cholérique.

En résumé, là où l'agglomération a été la plus grande, là aussi ont été les plus nombreuses victimes.

	TOTAL DES MALADES.	TANT POUR 100.	CHOLÉRIQUES.					
			TOTAL.	TANT POUR 100.	GUÉRISON.	TANT POUR 100.	DÉCÈS.	TANT POUR 100.
Démentes........	85	15.5	28	5.1	6	1.0	22	4.0
Maniaques.......	162	29.5	9	1.6	6	1.0	3	0.5
Lypémaniaques...	117	21.3	3	0.5	»	»	3	0.5
Délirantes par persécutions	67	12.2	4	0.7	3	0.5	1	»
Paralysies générales	65	11.8	4	0.7	1	»	3	0.5
Idiotes, imbéciles..	18	3.2	2	»	1	»	1	»
Epileptiques......	34	6.2	2	»	»	»	2	»
TOTAL GÉNÉRAL.	548	»	52	9.4	17	3.1	35	6.3

	DÉMENTES		MANIAQUES		LYPÉ-MANIAQUES		DÉLIRANTES PAR PERSÉCUTIONS.		PARALYSIES GÉNÉRALES		IDIOTES		ÉPILEPTIQUES	
	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.	TOTAL.	DÉCÈS.
1re Division........	1	1	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
2e —	5	4	1	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
3e —	2	2	1	»	»	»	1	1	1	1	»	»	»	»
4e —	9	6	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2
5e —	3	2	2	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Villa............	5	4	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Infirmerie..........	3	3	1	1	3	3	2	»	2	2	1	»	»	»
Grand Pensionnat....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL GÉNÉRAL...	28	22	9	3	3	3	4	1	4	3	2	1	2	2

DIVISIONS.	NOMBRE DES MALADES PAR DIVISION.	CHOLÉRIQUES PAR DIVISION		
		TOTAL.	GUÉRISON.	DÉCÈS.
1re Division.........	65	4	3	1
2e —	79	7	2	5
3e —	80	5	1	4
4e —	120	13	3	10
5e —	48	5	2	3
Villa...............	52	6	3	3
Infirmerie...........	68	12	3	9
Grand Pensionnat....	36	»	»	»
TOTAL GÉNÉRAL...	548	52	17	35

Pour donner une idée de la marche qu'a suivie l'épidémie à l'Asile parmi les femmes, voici, jour par jour, le nombre des cas et des décès qui s'y sont produits :

Dates.	Cas.	Décès.
6 juillet..............	1	»
7 —	1	»
8 —	7	1
9 —	3	3
11 —	6	2
12 —	2	»
13 —	1	3
14 —	4	»
15 —	3	2
16 —	3	1
17 —	3	»
18 —	4	»
19 —	2	»
22 —	»	1
24 —	1	»
25 —	1	2
26 —	3	1
27 —	»	1

Dates.	Cas.	Décès.
31 juillet	1	1
3 août	»	1
16 —	1	»
17 —	1	»
22 —	2	»
23 —	»	1
9 septembre	1	»
9 octobre	1	»
15 —	»	1
TOTAL	52	21

Il y a eu 14 décès d'aliénées au Pharo. Ils ne sont pas enregistrés ci-dessus.

Comme l'âge des malades peut augmenter ou diminuer la réceptivité individuelle et donner plus de prise au choléra, il m'a paru curieux d'indiquer le nombre des cholériques relativement à leur âge et à leur affection mentale.

De 20 à 30 ans, sur 8 cholériques, nous trouvons : 1 lypémaniaque, 2 imbéciles, 2 paralysies générales, 1 épileptique et 2 maniaques.

De 30 à 50 ans, sur 18 cholériques, il y a : 2 lypémaniaques, 1 paralysie générale, 4 maniaques, 3 délirantes par persécutions et 8 démentes.

De 50 à 60 ans, sur 15 cholériques, il y a : 1 épileptique, 1 paralysie générale, 3 maniaques, 1 délirante par persécutions et 8 démentes.

Enfin, de 60 à 80 ans, sur 11 cholériques, on trouve 11 démentes.

On peut conclure que, parmi ces aliénées, les démentes étaient les plus âgées. Il n'est donc pas étonnant qu'elles aient été les plus exposées, puisque leur âge et leur affection mentale les prédisposaient davantage.

THÉRAPEUTIQUE.

Pendant toute la durée de l'épidémie, nous avons adopté la thérapeutique des indications, car, comme le dit M. le professeur Grasset dans sa remarquable leçon faite[1] à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 7 juillet 1884 : « il n'y a pas de spécifique contre le choléra. Je pose cela comme un principe, sans m'attarder à le démontrer. »

« Les théories microbiennes elles-mêmes ne nous ont encore rien révélé à ce sujet. Un antiseptique banal ne suffit pas quand l'organisme est frappé, quand l'être vivant a répondu au germe extérieur en réalisant la maladie que vous connaissez. »

Nous avons tenu compte aussi de l'âge du malade, des antécédents et de la maladie mentale.

Tout à fait au début, l'état saburral était combattu par l'ipéca, comme le recommande Fabre (de Marseille)[2]. Cependant il faut ajouter qu'on a très rarement usé de ce moyen, parce que, chez nos aliénées, cet état saburral ne se présentait pas avec des caractères bien nets.

La diarrhée était combattue par le sous-nitrate de bismuth, le salicylate de bismuth et par les lavements amidonnés. L'opium, donné sous forme de laudanum (de XX à XXX gouttes) dans une potion de 120 gram., était très souvent associé au bismuth.

Pour lutter contre les vomissements, on se servait de boissons froides prises par petites gorgées, de thé au rhum, d'infusions aromatiques et d'éther (XX gouttes). Une potion composée de laudanum et d'éther (XX gouttes chaque) était généralement

[1] Montpellier médical, juillet 1884, 2e sér., tom. III, n° 1.

[2] Fabre (de Marseille); Leçons sur le traitement du choléra (juillet 1889), recueillie et publiée par le Dr Audibert, 1884.

employée. Pendant la période algide, on pratiquait des frictions avec des morceaux de laine imbibés d'un liniment chloroformé :

Chloroforme................	8 gram.
Huile d'amandes douces......	200 —

Ces frictions ont bien souvent calmé les crampes très douloureuses des malades, qui demandent un soulagement à leurs tortures.

Quant aux frictions térébenthinées, qui ont donné quelques bons résultats, elles étaient surtout efficaces dans la dyspnée.

Les briques chaudes, les bouillottes, les frictions sèches ou avec l'alcool camphré, étaient utilisées dès l'apparition du refroidissement.

A l'intérieur, les infusions aromatiques et l'acétate d'ammoniaque constituaient la base du traitement.

Acétate d'ammoniaque.......	de 15 à 20 gram.
Eau de mélisse.............	100 —
Sirop d'écorce d'oranges amères	40 —

Le pouls a été souvent relevé par des injections sous-cutanées d'éther, mais leur action était fugace. Pendant la période de réaction, les stimulants furent supprimés, et les complications cérébrales ou viscérales combattues : les premières, par des antiphlogistiques et les révulsifs ; les secondes, par les antiphlogistiques aussi, mais seulement lorsque la fièvre était grande et que les lésions du tube digestif prenaient les caractères de l'inflammation franche.

Dans les cas de congestion pulmonaire, la médication révulsive fut surtout mise à contribution.

Enfin, pendant la convalescence, nous donnions à nos malades des toniques, du jus de viande dans du bouillon, du vin vieux, etc., en un mot tout ce qui constitue une alimentation réparatrice et fortifiante.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Alice G..., 29 ans, couturière. Manie religieuse à son entrée (1881), et en dernier lieu manie intermittente.

1884. 6 juillet. Selles riziformes, crampes douloureuses, algidité, cyanose, gêne respiratoire ; la malade prononce des paroles sans suite.

7. Le pouls se relève, la sécrétion urinaire se rétablit et la malade se réchauffe ; sueurs.

La malade, après son attaque de choléra, a été pendant quelques jours très agressive et agitée.

OBSERVATION II.

Marie Est..., 68 ans, repasseuse. A son entrée (1879), démence.

1884. 6 juillet. Diarrhée sans coliques.

7. Période algide.

9. La sécrétion urinaire se rétablit, le pouls se lève, la chaleur périphérique revient.

La malade retombe dans l'algidité le 11 juillet, et meurt à 7 heures dans la somnolence.

OBSERVATION III.

Julie B..., sans profession, 38 ans. Manie aiguë (1879). Manie chronique (1884).

1884. 3 juillet. Diarrhée fécaloïde.

8. Période algide ; pas de crampes.

9. Réaction avec sueurs. Un peu d'agitation.

La malade a été réglée pendant son attaque de choléra.

OBSERVATION IV.

Lut... Mélanie, domestique, 23 ans, rentre à l'Asile le 22 juillet 1883. Tempérament faible ; lypémanie avec hallucinations. De-

puis le 25 juin, elle était en traitement à l'Infirmerie pour une diarrhée.

7 juillet. Diarrhée riziforme ; pas de vomissements ; refroidissement des extrémités ; pouls petit et fréquent ; haleine et langue froides ; soif ardente ; crampes nombreuses provoquant des douleurs intolérables dans tous les membres ; yeux cerclés de noir ; anurie ; aphonie.

8. Algidité complète, amaigrissement considérable, cyanose intense des extrémités, perte d'élasticité de la peau, rides longitudinales des doigts, ongles violacés. La malade réclame continuellement à boire. Sueur visqueuse et froide.

9. Mouvements convulsifs, gêne de la respiration, cyanose intense. Dans la soirée, agitation. Elle meurt à 11 heures du soir dans le coma.

OBSERVATION V.

L. M..., épicière, 52 ans. A son entrée (27 mai 1884), délire des persécutions.

8 juillet. Période algide d'emblée. Elle meurt le même jour à 4 heures du soir, dans une immobilité absolue.

Crampes à droite et gêne respiratoire.

OBSERVATION VI.

J. C..., 38 ans, journalière. Lypémanie (1883). Période algide d'emblée le 8 juillet. La cyanose et le refroidissement disparaissent le 10 juillet. Le jour même, phénomènes congestifs : conjonctives injectées, céphalalgie, somnolence, dyspnée.

11. Rougeur érisypélateuse de la face, extrémités froides, sueur visqueuse. T. m. 36°,8. T. s. 36°,5.

12. Sécheresse de la langue, fuliginosités, peau chaude et sèche, pouls fréquent, somnolence, diarrhée.

13. Légère agitation dans la matinée; elle meurt le soir dans le coma.

OBSERVATION VII.

Marie J..., 47 ans, ménagère. A son entrée (1882), paralysie générale.

1884. Juin. Diarrhée.

8 juillet. Période algide, gêne respiratoire, crampes non douloureuses débutant à droite.

9. Quelques convulsions. Elle meurt le soir dans le coma.

OBSERVATION VIII.

F. R..., 40 ans, ménagère. A son entrée (1884), manie. Cette malade nous vient de l'hôpital de la Conception, où elle était en traitement pour une diarrhée chronique.

14 juillet. Diarrhée limpide.

8. Selles riziformes, crampes douloureuses, vomissements, algidité des extrémités, douleurs épigastriques intolérables.

9. Anurie.

10. Sécrétion urinaire peu abondante, perte d'élasticité de la peau, yeux caves s'enfonçant dans l'orbite.

11. Algidité généralisée, sueur froide et visqueuse, aphonie, cyanose.

12. Légère réaction. L'algidité et la cyanose semblent disparaître. Diarrhée abondante.

13. L'algidité et la cyanose reparaissent avec beaucoup plus d'intensité. Pouls petit et fréquent.

14. Somnolence. Pouls filiforme.

La malade meurt le 15 juillet, à 11 heures du matin, dans le coma.

OBSERVATION IX.

F. M..., 47 ans, ménagère. A son entrée (1870), manie aiguë. Atteinte de diarrhée depuis une semaine.

9 juillet. Période algide. Le refroidissement et la cyanose sont

limités aux extrémités inférieures et supérieures. Crampes à droite d'abord.

10. Légère réaction.

11. Congestion pulmonaire.

La malade se lève le 25 juillet.

OBSERVATION X.

A. M.., 45 ans, journalière. Entrée il y a deux ans. Diagnostic porté : mégalomanie avec idées de persécutions (1884). Démence.

4 juillet. Diarrhée prémonitoire.

9. Algidité et cyanose, anurie. Crampes à droite d'abord.

10. Sécrétion urinaire abondante, disparition de la cyanose et de l'algidité, peau chaude et sèche, fuliginosités très prononcées des lèvres, pouls fréquent, faciès pâle, langue rouge.

11. Diarrhée très abondante.

12. L'état de la malade paraît satisfaisant. Pouls lent, diarrhée peu abondante, fuliginosités légères des lèvres.

13. La malade se lève.

14. Céphalalgie, faciès rouge par plaques, conjective injectée, dyspnée, somnolence, langue rouge.

15. Sulbdélirium.

16. Somnolence.

La malade meurt dans la soirée.

OBSERVATION XI.

C. M..., 34 ans, ménagère. Diagnostic porté (1884) : Lypémanie avec hallucinations.

L'état mental de cette malade s'était beaucoup amélioré avant son attaque de choléra.

9 juillet. Période algide d'emblée. Crampes au mollet droit d'abord et très douloureuses.

10. Anurie.

11. L'algidité et la cyanose disparaissent.

Les urines se rétablissent et le pouls se relève.

Elle se lève pour travailler le 14 juillet.

15. Légère excitation.

OBSERVATION XII.

B... Marie, 35 ans, célibataire, sans profession. A l'entrée (17 juin 1871), lypémanie ; six ans plus tard, démence. Père aliéné.

L'état physique de la malade, avant son attaque de choléra, était satisfaisant.

9 juillet 1884, à 5 heures du soir. Diarrhée aqueuse riziforme très abondante, crampes très douloureuses du mollet droit, vomissements aqueux s'échappant par ondées, anxiété, pouls petit et fréquent, langue large et blanche, haleine froide, refroidissement et cyanose, voix cassée, ralentissement des mouvements respiratoires, perte d'élasticité de la peau.

A 10 heures du soir : Yeux caves et s'enfonçant dans l'orbite, augmentation de la cyanose et de l'algidité ; somnolence, gêne de la respiration. Quelques convulsions.

A 10 heures et demie : Agitation.

Elle meurt à 11 heures du soir dans le coma.

Nécropsie faite neuf heures après le décès.

Coloration bleuâtre de la surface du corps.

Rigidité cadavérique.

Au toucher, l'abdomen paraissait avoir une température très élevée.

Affaissement du cœur, caillots à l'intérieur.

Poumons congestionnés.

Rate atrophiée, foie congestionné.

Dilatation de l'estomac, qui contenait une sérosité incolore.

Surface extérieure de la dernière portion de l'intestion grêle rosée, surface intérieure d'un rouge intense et recouverte d'un

liquide blanchâtre. En observant la muqueuse sous l'eau, on constatait quelques érosions. La vessie, rétractée, contenait un mucus jaunâtre.

Poids du cerveau : 1245 gram.

Engorgement des sinus de la dure-mère. Des gouttelettes de sang perlaient à sa surface. Injection de la pie-mère.

Au tiers supérieur de la pariétale ascendante, existait une suffusion sanguine qui empiétait un peu sur le lobule paracentral, et suffusions plus intenses à gauche.

La pie-mère se détachait assez facilement, mais elle semblait adhérente au niveau de la suffusion sanguine.

La substance grise et la substance blanche présentaient du piqueté hémorrhagique.

Bulbe congestionné.

OBSERVATION XIII.

Mme B..., 50 ans, ménagère. A l'entrée (1871), idées de persécutions avec excitation maniaque ; dix ans plus tard, manie intermittente.

9 juillet 1884. Diarrhée fécaloïde.

11. Période algide.

12. Douleurs épigastriques intolérables.

13. Légère réaction.

14. Somnolence dans la soirée, mouvements convulsifs, surtout à droite.

15. Quelques vomissements.

La malade se lève le 20 juillet.

OBSERVATION XIV.

Augustine Is..., 21 ans, journalière. Imbécillité.

Cette malade, avant son attaque de choléra, était atteinte de diarrhée depuis une quinzaine de jours.

11 juillet 1884. Période algide.

12. Légère réaction avec somnolence, rougeur de la langue et conjonctives injectées.

Amélioration de l'état de la malade les jours suivants. Elle se lève le 16 juillet.

OBSERVATION XV.

G. C..., 32 ans, repasseuse. A l'entrée, 1875, diagnostic porté: Manie aiguë. Au commencement de l'année 1884, la malade est démente.

11 juillet. Période algide d'emblée. Décédée à dix heures du soir dans le collapsus.

La diarrhée était très abondante.

OBSERVATION XVI.

R. M..., 22 ans, sans profession. Paralysie générale.

8 juillet 1884. Diarrhée fécaloïde.

11. Période algide. Crampes non douloureuses.

12. Disparition de la cyanose, élévation de la température périphérique.

13. Nausées, vomissements bilieux, ballonnement du ventre, diarrhée.

14. Céphalalgie.

La malade se lève le 30 juillet.

OBSERVATION XVII.

A. V..., 46 ans, sans profession, entrée le 30 mai 1859. Les registres portent le diagnostic de lypémanie avec hallucinations. Elle tombe en démence vingt ans plus tard.

8 juillet 1884. Diarrhée.

11. Période algide. Crampes douloureuses, à droite d'abord.

13. Disparition de la cyanose; élévation de la température périphérique.

La diarrhée et les vomissements alternent jusqu'au 20 juillet.

21. Congestion pulmonaire, mouvements convulsifs, céphalalgie, somnolence dans la soirée.

22. Convulsions épileptiformes.

La malade meurt à deux heures du soir.

OBSERVATION XVIII.

V. M..., 50 ans. A son entrée (1858), manie religieuse. En 1872, démence.

1884. 11 juillet. Période algide d'emblée. Dans la soirée, la malade a eu quelques instants de lucidité ; elle reconnaissait les gens du service, leur parlait raisonnablement. Gêne respiratoire. Elle meurt le 13 dans la somnolence, sans passer par la période de réaction.

OBSERVATION XIX.

V. V..., 69 ans, ménagère. A l'entrée (1882), diagnostic porté : Démence.

1884. En juin, elle était en traitement à l'infirmerie pour un prurigo qui a disparu pendant l'attaque de choléra.

12 juillet. Période algide d'emblée. Crampes très douloureuses, surtout au mollet droit. Dans la soirée, la malade est très agitée.

13. Période de réparation avec sueurs. La malade se lève le 25 juillet.

Le prurigo réapparaît le 23 septembre.

OBSERVATION XX.

Tr. M..., 67 ans, ménagère (1883). Démence. Le 12 juillet, période algide d'emblée. Diarrhée abondante. — Elle meurt le 13 à 3 heures du matin dans le collapsus. Agitation de la malade dans la soirée du 12.

OBSERVATION XXI.

Ch. Clé., 26 ans, entretenue (1883). Excès alcooliques. Paralysie générale.

Quelques troubles moteurs en 1884.

13 juillet. Période algide d'emblée. Gêne respiratoire, crampes très douloureuses du mollet gauche. Quelques attaques épileptiformes avant son décès, qui a eu lieu à 6 heures du soir. La diarrhée a été peu abondande. 3 h., T. 37°,9. 5 h., T. 38°. 6 h., T. 41°.

A 6 heures 1/2 : mouvements des doigts de la main droite, qui semblait jouer du piano. Mêmes phénomènes du côté de la main gauche. Les orteils sont restés immobiles.

Température *post mortem*: 7 h., 41°,2. 7 h. 1/2, 40°.

OBSERVATION XXII.

P. M..., 39 ans, sans profession (1879). Épilepsie.

11 juillet 1884. Diarrhée fécaloïde.

15. Période algide ; crampes douloureuses. Quelques mouvements épileptiformes le 17. — La malade meurt dans la soirée.

OBSERVATION XXIII.

D. A..., 35 ans, sans profession (1870). Mégalomane à son entrée, elle devient démente dans la suite.

Atteinte du choléra le 17 juillet 1884, elle est le jour même évacuée sur l'hôpital du Pharo. Crampes très douloureuses à droite. Pas de diarrhée prémonitoire.

23. Diarrhée riziforme, léger refroidissement des extrémités, pouls petit et fréquent, pas de vomissements, langue large et blanche.

24. Cyanose, perte d'élasticité de la peau, rides longitudinales des doigts, aphonie.

25. Algidité généralisée, anurie, crampes.

26. Diarrhée très abondante ressemblant à du marc de café, vomissements, crampes très douloureuses.

27. Légère réaction.

28. La température périphérique s'élève et la sécrétion urinaire est peu abondante. T. 37°,4.

29. La malade retombe dans l'algidité. Cyanose intense. T. 35°,3.

30. Légère agitation. Vomissements abondants.

1er août. Somnolence. Dans la soirée, mouvements convulsifs. La malade meurt le 2 août dans le coma.

Nécropsie faite vingt-trois heures après le décès.

Rigidité cadavérique. Plaques violacées sur le corps.

Poids de l'encéphale 1,355. Poids du cervelet 155.

Sinus de la dure-mère engorgés. Gouttelettes de sang sur sa surface extérieure.

Pie-mère injectée. Nombreuses suffusions sanguines au niveau des scissures de Rolando. Bulbe congestionné. Piqueté hémorrhagique de la substance grise et de la substance blanche. Base des poumons congestionnée. Le cœur, couleur jaune feuille morte, contenait des caillots sanguins.

L'estomac, dilaté, contenait une sérosité incolore. Surface extérieure de l'intestin grêle injectée. Surface intérieure fortement injectée. L'incision de l'intestin grêle laissait couler une matière blanchâtre. La muqueuse, examinée sous l'eau, présentait quelques érosions. Rate atrophiée. Foie congestionné. La muqueuse de la vessie était tapissée d'un mucus jaunâtre.

OBSERVATION XXIV.

G. R..., 44 ans, sans profession. Lypémaniaque à son entrée (1867), elle devient démente en 1883.

21 juillet 1884. Diarrhée.

24. Période algide. Crampes très douloureuses au mollet droit, d'abord carphologie.

25. Agitation. — Elle meurt le soir dans le collapsus.

OBSERVATION XXV.

B. V..., 50 ans, ménagère (1870). Démence.

24 juillet 1884. Diarrhée.

25. Période algide. Agitation.

La malade meurt à 1 heure et demie, en écumant.

OBSERVATION XXVI.

B. J..., 34 ans, cuisinière. A son entrée (1858), délire maniaque. En 1875, les registres portent le diagnostic de démence.

25 juillet 1884. Diarrhée.

26. Période algide.

27. La malade se réchauffe et la sécrétion urinaire se rétablit.

28. Congestion pulmonaire.

La malade retourne à sa division le 4 août.

OBSERVATION XXVII.

P. Fran..., 39 ans, sans profession. Lypémanie (1870) Démence (1879).

26 juillet 1884. Période algide. T. 35°,5. Dans la soirée, mouvements convulsifs de la tête, soubresaut des tendons. La poitrine de cette malade n'a pas été algide.—Elle meurt à 5 heures du soir dans la somnolence. T. 37°,5.

Une heure après sa mort, les doigts, principalement à gauche, semblaient jouer du piano.

OBSERVATION XXVIII.

Ri. Virg..., 46 ans (1867), atteinte de manie à son entrée, est devenue démente dans la suite.

26 juillet 1884. Période algide d'emblée. T. 34°,9.

27. Disparition de la cyanose et de l'algidité. Céphalalgie, conjonctives injectées, convulsion du globe oculaire, délire bruyant, carphologie. 10 h., T. 38°,6 ; 2 h. du soir, T. 39°,5.

Elle meurt à 3 heures du soir, dans le coma.

OBSERVATION XXIX.

Marie A..., 47 ans, ménagère. Manie (1871). Démence (1879).

1884. 31 juillet. Période algide d'emblée. Crampes très douloureuses, gêne respiratoire. T. 35°,8.

1er août. Période de réaction. Dans la soirée : céphalalgie, conjonctives injectées, pupilles étroites, faciès rouge, langue rouge ; dyspnée, un peu de somnolence.

La malade se lève le 7 août pour retourner à sa division.

OBSERVATION XXX.

D. M..., 35 ans, épicière. (1875) Paralysie générale. Démence paralytique (1879).

1884. 12 août. Diarrhée.

16. Période algide.

17. Réaction.

18. Congestion cérébrale.

La malade se lève le 26 août.

OBSERVATION XXXI.

Henriette R..., 32 ans, ménagère. A son entrée (1880), manie aiguë.

1884. Atteinte de diarrhée depuis quinze jours avant l'invasion de la période algide (17 août).

La période de réparation (19 août) provoque une congestion pulmonaire.

La malade est complètement guérie le 25 août.

OBSERVATION XXXII.

Lucie D..., 17 ans, sans profession, entrée le 19 août 1884. Idiotie, asymétrie de la face et du crâne.

1884. 21 août. Diarrhée.

22. A 11 heures du matin, diarrhée riziforme, pouls petit et fréquent, vomissements alimentaires, langue large et blanche. A 3 heures du soir, refroidissement des extrémités, cyanose des mains, vomissements aqueux et s'échappant par ondées. A 5 heures, crampes intolérables aux deux mollets, surtout à droite; algidité complète, faciès cyanosé, anurie, sueur visqueuse et collante, gêne respiratoire, légère agitation, yeux enfoncés dans l'orbite et cerclés de noir, langue et haleine froides, anxiété.

A 5 h., T. 36°,5.

A 6 h., T. 35°,9.

A 7 h. et demie, la malade écume ; le pouls radial est imperceptible ; dyspnée.

A 8 h., quelques mouvements convulsifs à gauche.

A 9 h., T. 37°. Anurie.

A 11 h., la cyanose augmente, le pouls radial se supprime.

A minuit, somnolence.

Elle meurt a 2 heures du matin dans le coma.

Autopsie faite cinq heures après le décès.

Rigidité cadavérique.

Coloration bleuâtre de la surface du corps.

Calotte crânienne normale.

Les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang; des gouttelettes de sang perlaient à sa surface.

L'incision de la dure-mère a donné lieu à un écoulement assez abondant de sang veineux.

Pie-mère injectée.

Suffusions sanguines autour de la scissure de Rolando et au niveau du lobe occipital droit.

Ces suffusions sanguines étaient beaucoup plus intenses à gauche.

La pie-mère s'enlevait difficilement, surtout au niveau des suffusions sanguines, sans entraîner pourtant avec elle la substance grise.

Poids de l'encéphale 1,275 gram.; du cervelet 145 gram.

Piqueté hémorrhagique de la substance grise et de la substance blanche. Ce piqueté beaucoup plus accentué au niveau des suffusions.

Bulbe congestionné.

Sang de l'aorte poisseux.

Le sang était affaissé et contenait des caillots.

Atrophie de la rate. Congestion du foie.

Coloration noirâtre de la base des poumons.

Un mucus jaunâtre tapissait la muqueuse de la vessie, qui était rétractée sur elle-même.

Dilatation de l'estomac. Sérosité limpide à son intérieur.

L'intestin, injecté à l'extérieur et d'un rouge intense à l'intérieur, contenait beaucoup de matières blanches et présentait en outre, examiné sous l'eau, quelques érosions.

Ces lésions étaient surtout apparentes à la dernière portion de l'intestin grêle.

Température de l'abdomen, 38°,8.

CONCLUSIONS.

A l'asile des aliénés de Marseille (section des femmes),

Le choléra a éclaté quelques jours après son explosion en ville.

Son importation a été autre que celle d'homme à homme.

Les démentes ont été les plus atteintes.

Elles ont aussi fourni le plus grand nombre de décès.

Les suffusions sanguines constatées dans nos nécropsies ont pu être la cause des crampes.

BIBLIOGRAPHIE.

DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne (1880). Art. Choléra.

LAVERAN et TEISSIER. — Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales (1883). Art. Choléra.

Montpellier médical, 2e sér., tom. 111, juillet 1884 (27e année). De la symptomatologie du choléra, par M. A Castan, professeur de pathologie interne.— Hygiène du choléra, par M. le professeur Bertin-Sans. — Traitement du choléra, par M. le professeur Grasset.

DUBRUEIL et RECH. — Rapport sur le choléra-morbus asiatique qui a régné dans le midi de la France en 1835.

J. BESNIER. — Recherches sur la nosographie et le traitement du choléra épidémique (épidémies de 1865 et 1869).

GENDRIN. — Monographie du choléra (1832).

JACCOUD (directeur). — Nouv. Dictionn. de Méd. et de Chir. prat. Art. Choléra, par Desnos.

DECHAMBRE (directeur).— Dictionn. encycl. des Sciences méd. Art. Choléra, par H. Laveran.

BOUILLAUD. — Traité pratique, théorique et statistique du choléra (1832).

BRIQUET et MIGNOT. — Traité pratique et analytique du choléra-morbus (1850).

BALL. — Leçons sur les maladies mentales.

FABRE (de Marseille). — Leçon sur le traitement du choléra (juillet 1883), recueillie et publiée par M. Audibert (1884).

Vu :
Le Président-Censeur,
CASTAN.

Vu, bon à imprimer.
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie.
G. CHANCEL.



SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
